

DECLARACIONES DEL SOLICITANTE

1. A. Nombre y apellidos completos:
B. Lugar y fecha de nacimiento:
C. Documento de identidad exhibido, número y fecha :.....
D: Presentado el examen por el Sr.:.....
2. A. Domicilio Actual:
B. En los Últimos dos años:
3. A. Profesión u ocupación principal (detalles amplios y precisos)
B. ¿ Desde Cuando ?
C. ¿ Simultáneamente desempeña usted alguna otra ?
D: Ocupaciones anteriores
4. A. Antecedentes de familia :.....

A	Edad Actual	Estado Salud, si no es bueno, enfermedad que sufre	Edad al morir	Causa de la muerte	B	Edad Actual	Estado Salud, si no es bueno, enfermedad que sufre	Edad al morir	Causa de la muerte
PADRE					CONYUGE				
MADRE					Hijos				
Hermanos									

- C. ¿ Hubo en su familia casos de suicidio, insania, epilepsia, cáncer , diabetes o tuberculosis ? (Indicar parentesco)
- D: ¿ Ha convivido usted en el último año con algun tuberculoso ?
5. A. ¿ Hace usted vida sedentaria ?.....
- B. ¿ Realiza usted deportes ?¿Cuáles ?.....
- C. ¿ Practica o emplea usted la aviación ? ¿ En que carácter ?
- D: Piensa uste tomar parte en carreras mecánicas ?
6. A. Consume usted habitualmente vino, cerveza, licores, u otras bebidas alcohólicas ?.....
- (Cantidad diaria)
- B. ¿ Bebió usted con exceso en alguna época ? ¿ Cuándo y con qué frecuencia ?
- C. Interviene usted personalmente en la fabricación o fraccionamiento de bebidas alcohólicas o en la venta para consumo en público ?.....
- D: ¿ Fuma usted ? (cantidad diaria de cigarrillos, cigarros, pipas, etc)......
- E: ¿ Necesita o necesitó usted hacer uso de sedantes ? (Opio, morfina, cocaína, veronal , etc)......
- ¿ Por qué motivo ?
- F: ¿ Se ha inyectado Ud. alguna vez drogas que no le fueron prescritas por un médico ?
7. A. ¿ Prestó usted servicio militar durante todo el tiempo reglamentario ?..... (En caso negativo, indíquese las causas)
8. A. Estatura exacta (calzado) m.....Cm.
- B. Peso exacto (vestido) Kg.....
9. A. ¿ Ha sufrido usted en el pasado o sufre actualmente alguna de las siguientes molestias ? (En caso afirmativo, márquelas con una X) Acidez o dolores de estómago.....AsmaCólicos intestinales.....Convulsiones.....ChancrosDeposiciones con sangre Desmayos.....Diarreas frecuentes Dificultad para Orinar.....Dolores articularesDolores de cabeza persistentesDolores de oído frecuentes o agudos.....Opresión o palpitaciones cardíacasEczemas.....Expectoración con sangre.....Fatiga respiratoria.....Ganglios inflamados o hinchados.....HemorroidesHinchazón de piernasIctericia.....Mareos intensos o frecuentesRonquera persistente..... Sangre en la orina.....Temblores.....Tos o expectoración abundante.....Trastornos nerviosos o mentales.....Trastornos visuales.....Varices.....Vómitos de sangre.....
- B. ¿ Padece o ha padecido usted de alguna de las enfermedades abajo detalladas ?.....
- ¿ De otras enfermedades no mencionadas abajo?.....

Anemia - Apendicitis - Apoplejía - Diabetes – Brucelosis – Diabetes – Enfermedades de la piel – Enfermedades de la piel – Enfermedades del Hígado o vesícula biliar (cólicos,cálculos) – Enfermedades del riñon o de la vejiga (cólicos, cálculos) – Enfermedades del corazón – Enfermedades del estómago o intestinos (dispepsia, úlcera, disentería) – Enfermedades de los ojos, la garganta, de la nariz, de los oídos – Epilepsia – Escarlatina – Gota – Paludismo – Parálisis – Pleuresía – Reumatismo – Sida – Sífilis – Tuberculosis – Tumores

Enfermedad Sufrida	Año	Duración	Tratantes Médicos

Enfermedad Sufrida	Año	Duración	Tratantes Médicos

10. A. ¿Le hicieron a ud.algún análisis de orina, de sangre (Wasserman, Khan, citológico, etc), de esputos o de líquido cefalorraquídeo? ¿Cuándo, por qué causa y cuál fue el resultado?
- B. ¿ Le fue tomada a usted la presión sanguínea ?¿ Cuando y por qué causa y cuál fue el resultado?.....
- C. ¿ Le han realizado a usted radiografías, radioscopías, endoscopías o electrocardiogramas u otras investigaciones ?
¿ Cuándo y por qué ?
- D: ¿ Se halla o estuvo sometido a regímenes alimenticios? ¿ Por qué causa?
¿ Desde cuándo?
- E: ¿ Aumentó o disminuyó de peso usted en el último año ?¿ En cuánto y por qué?.....
- 11.A. ¿ Ha sufrido usted algún accidente, herida, u operación quirúrgica?
¿ En que consistió? (fecha, consecuencia y médico que lo atendió?
- B. ¿ Estuvo usted internado en algún hospital o sanatorio?.....Fecha, dónde y por qué?
- C. ¿ Adolece usted de algún defecto físico (Cojera, amputaciones, etc)
12. CUANDO SE TRATA DE UNA MUJER A. ¿ Sus embarazos y partos han sido normales?
B. ¿ Fecha del último parto ?.....¿Sus reglas son normales?.....
C. ¿ Esta Ud. Embarazada?.....¿De cuantos meses?.....
D. ¿ Sufre o ha sufrido Ud.enfermedades genitales ?.....
E. ¿ Ha sido operada de la matriz, ovarios, o mamas?.....
F: ¿ Tuvo Ud.abortos ?¿ Cuántos, cuándo y por qué?.....
G. ¿Tiene Ud. Trastornos menopáusicos?
- 13.A. ¿ Actualmente se considera Ud.sano ?
B. ¿ Cambio Ud.su resistencia o profesión por razones de salud ?.....
C. ¿Esta Ud.actualmente en tratamiento (Dar detalles).....
Atención médica durante los últimos 5 años:
D. Nombre y dirección de us médico de cabecera: SI/NO
E. ¿Cuándo y por cuánto tiempo ha estado Ud.consultando a su médico? SI/NO
F. Ha consultado Ud. En los últimos 5 años a otro médico? SI/NO (por favor indique también nombre y dirección completa).....
Ha sufrido Ud.de:
G. Fiebre en intervalos o persistente SI/NO
H. Sudoraciones nocturnas persistentes SI/NO.....
I. Pérdida de peso inexplicable SI/NO
J. Infecciones inexplicables, ganglios linfáticos inflamados o aumentados de tamaño SI/NO.....
K. Repetidos ataques de diarrea o diarrea crónica? SI/NO.....
L. Tos persistente u otras enfermedades graves de las vías respiratorias SI/NO.....
M. Enfermedades dermatológicas SI/NO.....
N. Hepatitis “B” o enfermedades transmitidas por contactos sexuales (sífilis, gonorrea) incluyendo lesiones, alteraciones o secreciones genitales SI/NO.....
O. ¿Ha recibido alguna vez trasnfusión de sangre o concentrados sanguíneos en los últimos 5 años? SI/NO.....
P. ¿Ha sido rechazado alguna vez como donante de sangre, por qué? SI/NO.....
Q. ¿Autoriza Ud. A la entidad a solicitar informes acerca de su salud a los médicos que le han asistido?.....
- 14.A. ¿ Fue examinado antes para un seguro de vida?.....¿Cuándo y para qué Entidades?.....
B. ¿ Sirvase indicar fechas, nombres de Cías y si aún están en vigor las pólizas aceptadas. SI/NO.....
C. Ha sido alguna vez propuesta, rechazada o retirada una solicitud de seguro de vida o de invalidez o se le han impuesto condiciones especiales?
SI/NO.....
D. En los últimos 24 meses, ha solicitado Ud.un seguro de vida o existe una solicitud pendiente? SI/NO.....
Sirvase indicar también viajes privados o de negocios SI/NO.....
E. Durante los últimos 5 años, ha residido Ud. En un país diferente al que reside actualmente?
F. ¿ Tiene Ud.en trámite alguna otra solicitud de seguro?.....
G. ¿El seguro que Ud.solicita ahora, está destinado a reemplazar a algún otro en vigor o caducó?.....
H. ¿Posee Ud.algún seguro de vida “sin examen médico”?.....
¿En qué entidad y desde cuándo?.....
15. A. ¿ Ha leído Ud. las contestaciones consignadas en este formulario, dadas por Usted al representante de la entidad y las considera completas?.....
B. ¿ Releva Ud. del secreto profesional, en cuanto se relacione con el seguro solicitado, a los médicos que le han examinado o que le asistan o examinen en lo futuro?

RETICENCIA O FALSA DECLARACION (Art.5° párrafo 2° Ley 17418) Toda declaración falsa o toda reticencia de circunstancias conocidas por el asegurado titular o los asegurados adherentes aún de buena fe, que a juicio de peritos hubiese impedido el contrato o modificado sus condiciones si la Aseguradora hubiese sido cerciorada del verdadero estado del riesgo, hace nulo el contrato y/o los certificados, según el caso.

No se cubren Enfermedades Preexistentes ni las Consecuencias de Cirugías practicadas. Se entiende por Enfermedad Preexistente: Enfermedad o anomalía de tratamiento médico y/o quirúrgico y sus complicaciones, las que por su historia natural requieren para su desarrollo de un período de tiempo científicamente establecido y habitualmente de varios meses.

Autorizo a BENFICIO S.A. Compañía de Seguros de Vida, Salud y Sepelio, a obtener toda información médica adicional, que ésta necesite, con relación a la indemnización a reclamar y relevo del secreto profesional a los médicos que me asistano examinen en el futuro. Nombre de médico/s y establecimiento/s asistencial/es.

En, el.....de.....de 20.....

FIRMADO EN MI PRESENCIA :

.....
Firma del representante de la Cía.

.....
Firma del Solicitante

